

ESTUDIO SOBRE LA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL Y LA PRESENCIA DE IDEAS DE REFERENCIA: ANÁLISIS EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Benítez Hernández, M^a Mar

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

marbenitez@us.es

Rodríguez-Testal, J. Fco.

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

testal@us.es

Núñez Gaitán, M^a Carmen,

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

mngaitan@us.es,

Valdés Díaz, María

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

mvaldes@us.es,

RESUMEN

El trabajo que se presenta a continuación constituye una aportación a un estudio más amplio sobre el Trastorno Dismórfico Corporal. Concretamente proponemos demostrar la estrecha relación existente entre la preocupación por la imagen corporal y las ideas de referencia, así como de ambas variables con el género. Para profundizar en las preocupaciones por la imagen corporal, estudiaremos su relación también con la edad. En el estudio participaron 296 sujetos no universitarios, de nacionalidad española y con edades comprendidas entre 18 y 65 años. Estos sujetos autocumplimentaron varios cuestionarios, y los datos obtenidos fueron analizados por el programa SPSS en su última versión. Los resultados confirman que existe una correlación significativa entre la preocupación por la imagen corporal, las ideas de referencia y el género.

Palabras clave: *Trastorno Dismórfico, Imagen Corporal, Ideas de Referencia, Género*

ABSTRACT

This research, which is explained below, is a contribution to a broader study on Body Dysmorphic Disorder. Specifically, we propound to demonstrate the close links that exist between concern for body image and the ideas of reference, as well as both variables in the gender. We will also study links with the age for going deeper into these concerns for body image. This study included 296 non-university people of Spanish nationality and aged between 18 and 65. These people filled out several questionnaires, and the information was analyzed by SPSS program in its last version. The results confirm that a significant correlation exists between the concern for body image, ideas of reference and gender.

Keywords: *Body Dysmorphic Disorder, Body Image, Ideas of Reference, Gender.*

INTRODUCCIÓN.

La percepción que tenemos acerca de nuestro cuerpo, así como las preocupaciones que origina sobre nuestra imagen corporal son fenómenos que se dan en todas las personas; sin embargo las creencias, las conductas y las emociones suscitadas varían de unas personas a otras. Raich (2001) afirma que el cuerpo es la parte primera, más cercana y más externa de nuestro ser, y la percepción que tenemos sobre él explica por lo menos el 25% de nuestra autoestima. Cash y Smolak (2011) sostienen que es mucho más importante cómo vemos nuestro cuerpo desde dentro que lo que se ve desde fuera.

La imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es decir, están presentes aspectos perceptivos, subjetivos y conductuales (Thompson, 1990, Rosen, 1992). El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos o del cuerpo en su totalidad, cuya alteración da lugar a la sobrestimación o subestimación. El componente subjetivo (cognitivo-afectivo) involucra sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo. El componente conductual refleja las conductas que la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados provocan, y que suelen ser conductas de evitación y ritualistas. Por otro lado, Cash y Pruzinsky (1990) sostienen que la imagen corporal implica: perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente supone una focalización de la atención en el cuerpo así como autoafirmaciones y creencias asociadas; y emocionalmente involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

Por tanto, tener o no una imagen corporal distorsionada influirá de manera decisiva en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas y no solo en las nuestras, sino también en la manera en que nos respondan los demás (Raich, 2001).

Son muchos los factores que influyen en la imagen corporal que tenemos acerca de nosotros mismos, tanto externos como internos; entre los que tienen más peso se encuentran el ideal de belleza imperante en la sociedad, las experiencias interpersonales (los comentarios de familiares y amigos nos afectan más que los que percibimos a través de los media; así como sufrir repetidas burlas sobretudo en la infancia) y las características personales (una imagen corporal negativa está asociada a personas con una autoestima más negativa y a sentimientos de ineficacia). Esta misma autora propone que el desarrollo del trastorno de la imagen corporal es cuestión de temporalidad, comenzando en la infancia el concepto de la propia imagen (Raich, 2001).

Cash y Deagle (1997) afirman que las quejas sobre la imagen corporal han ido evolucionando en grandes muestras (30.000 estadounidenses). La preocupación por diferentes partes del cuerpo ha ido empeorando a lo largo de los años, especialmente en mujeres. No obstante en los hombres también se observa esa progresión (Raich, 2001).

Esta insatisfacción con la imagen corporal, por sí sola, ni es sinónimo ni es suficiente para el diagnóstico de un trastorno (Stice, 2002; en Rodríguez-Testal, 2013). Más bien se describe como condición de riesgo. De este modo, las preocupaciones excesivas por la apariencia pueden favorecer la aparición del Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). Al principio se conocía con el

nombre de dismorfofobia, término introducido por Morselli en 1886, que significaba miedo a la propia forma. Años más tarde, Janet (1903) habla de la “obsesión por la vergüenza del propio cuerpo”, que implica miedo a ser visto como ridículo o feo. Setenta años después fue publicado el primer artículo en inglés por Hay (1970) en el que la esencia del trastorno fue clasificada no como miedo a volverse deforme, sino como la convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás (Rosen, 1992).

El TDC se fundamenta en la disforia o malestar por el aspecto del cuerpo en general o una parte del mismo, lo que se traduce en una intensa preocupación y exagerada autoconsciencia (atención focalizada) dirigida a la apariencia (Veale y Neziroglu, 2010; en Rodríguez-Testal, 2013).

Las personas que sufren este trastorno tienen una “distorsión perceptiva”, es decir, ven su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que en realidad es. Las cogniciones sobre la apariencia también pueden formar parte de “errores cognitivos” o distorsiones, tal como lo plantea Beck, o creencias irracionales a la manera de Ellis (Raich, 2011). Las distorsiones cognitivas nos predisponen a sentirnos de determinada manera. Las creencias y pensamientos que presentan las personas con TDC se han descrito como obsesiones (pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia), ideas sobrevaloradas o delirios (Raich, 2001). Phillips y McElroy (1993) concluyen que el pensamiento varía en un continuo que va desde una ligera convicción hasta el delirio (confinado al defecto que se atribuye).

Estudios sobre la prevalencia del trastorno en una muestra no clínica de estudiantes arrojan una cifra alta: 2-13%. El trastorno también aparece con frecuencia entre los pacientes hospitalizados en unidades de psiquiatría general (13-16%) y entre los pacientes ambulatorios con depresión mayor atípica, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo. Sin embargo, el TDC a menudo no es reconocido ni diagnosticado (Phillips, 2009; en Cash y Smolak, 2011).

En dos grandes estudios epidemiológicos sobre este trastorno, se encontró una prevalencia de 2% en mujeres y 1.5% en hombres, y de 1.9% en mujeres y 1.4% en hombres, respectivamente (Phillips, 2009; en Cash y Smolak, 2011).

El TDC está caracterizado por una percepción negativa de la imagen corporal y un consiguiente proceso de pensamiento patológico, que adquiere su expresión en un continuo de “insight”, desde adecuado (ideas obsesivas) a pobre (ideas sobrevaloradas) o ausente (ideas delirantes). Es el componente afectivo que acompaña a las percepciones mentales lo que genera ideación sobrevalorada en los pacientes entorno a su defecto físico. Asimismo, en algunos casos, la certeza acerca del defecto percibido va cambiando en el tiempo, aumentando la duda y el juicio racional, incluso a veces fluctúa entre un pensamiento de características delirantes y no delirantes. Estos pacientes asumen que la evaluación que los demás hacen sobre ellos es la misma que ellos mismos se hacen (Yaryura, Neziroglu, Pérez-Rivera y Borda, 2003).

El nivel alto de preocupaciones llevan a la persona a centrarse en algún tipo de defecto, focalizando o enfatizando el fallo, por lo que se facilita el camino a la sobrevaloración de las ideas, percibiendo que los demás se dan cuenta de su defecto (aumento de la referencialidad) (Thompson, 1992; en Rodríguez-Testal, 2013).

El pensamiento referencial consiste en autoatribuciones, con mayor o menor grado de sobredimensión, que se hacen del comportamiento de otros, de acontecimientos o de objetos, y

que tienen un significado negativo para la persona (Lenzenweger, Bennett y Lilenfeld, 1997). Las ideas autorreferenciales se han enmarcado en la esquizotipia, confirmándose ésta como una dimensión de vulnerabilidad para los trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding, Tallent y Matts, 2005; en Rodríguez-Testal, et al., 2011). Más allá se ha observado el pensamiento referencial elevado en otros trastornos de distintos espectros (ansioso, depresivo, somatomorfo y trastornos de personalidad) (Meyer y Lenzenweger, 2009).

Pese a conocer la importancia del pensamiento referencial como indicador de patología cuando se encuentra en niveles altos, no se encuentran suficientes estudios en la literatura científica que avalen éste con las preocupaciones por la imagen corporal. Por este motivo, uno de los objetivos de este estudio (inmerso en otro más amplio sobre la detección del TDC) es valorar la relación entre la preocupación por la imagen corporal y las ideas de referencia.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general que se plantea es conocer la relación existente entre la preocupación por la imagen corporal y las ideas de referencia. De igual modo estudiaremos las diferencias de ambas variables en función del género y, profundizando más en la preocupación por la imagen corporal, estudiaremos también su relación con la edad.

Partiendo de este objetivo general, se plantean las siguientes *hipótesis*:

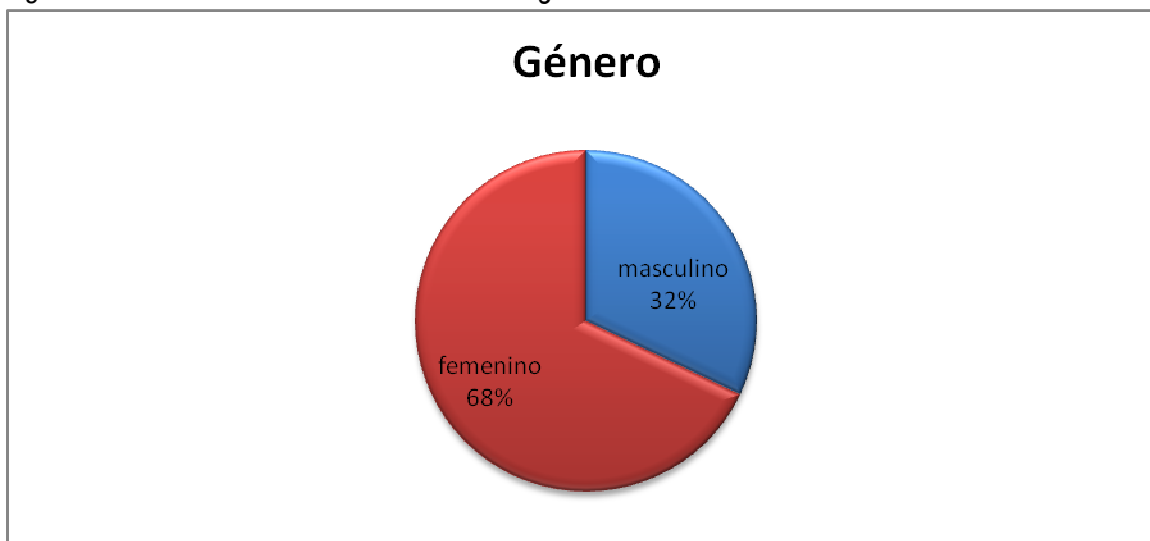
1. Esperamos encontrar que aquellas personas que tengan puntuaciones más elevadas en las preocupaciones por la imagen corporal (puntuación total en BDDE), sean aquellas que presenten un nivel alto de ideas de referencia.
2. Las mujeres presentarán mayor preocupación por la imagen corporal (puntuación total en BDDE) que los hombres.
3. Las personas con nivel alto de ideas autorreferenciales (puntuación total en la escala REF) se espera que sean las mujeres.

METODOLOGÍA.

Participantes.

La muestra (elegida de modo intencional sobre una población establecida) estuvo compuesta por un total de 296 sujetos no universitarios, de nacionalidad española, y de edades comprendidas entre 18 y 65 años. La edad media fue de 37.96 años con una desviación típica de 12.70. De esta muestra (N=296), noventa y cinco sujetos eran hombres (32.1%) y doscientas una eran mujeres (67.9%). (Ver Figura 1).

Figura 1. Distribución muestral en función del género



En cuanto al estado civil, el 38.9% eran sujetos solteros, el 55.7% estaban casados o tenían pareja, un 2% estaban viudos y un 3.4% separados o divorciados.

El 92.6% de los sujetos no presentaba ningún antecedente personal de psicopatología, mientras el 7.4% sí. En el momento en el que cumplimentaron los test, el 93% de los sujetos no padecían ninguna psicopatología, mientras que un 6.1% sí.

Instrumentos

Para dar respuesta a los objetivos planteados se empleó una batería de instrumentos, algunos de amplio espectro relacionados con la Salud y Personalidad y otros de contenido más específico relacionados con el TDC. Cabe señalar que algunas de las pruebas empleadas constituían una versión experimental. Todos los cuestionarios estaban en formato papel con un apartado previo de instrucciones que facilitase la comprensión de la tarea, de manera que los participantes entendiesen bien cómo debían responder a los instrumentos.

Del conjunto de pruebas administradas, para este trabajo en particular se seleccionaron las siguientes:

- *Entrevista inicial autoaplicada* donde se recogían variables sociodemográficas tales como: edad, sexo, estado civil, antecedentes psicopatológicos y posible trastorno mental actual diagnosticado.
- *Examen del Trastorno Dismórfico, Versión Autoinformada BDDE* de Rosen y Reiter (1996). Adaptación experimental, Universidad de Sevilla. Consta de 26 ítems. Evalúa aspectos cognitivos, emocionales y conductuales respecto a la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Incide tanto en la insatisfacción corporal como en las ideas sobrevaloradas acerca de la apariencia. Las propiedades psicométricas han sido examinadas en una serie de estudios y han indicado la aceptable fiabilidad test-retest (.87 a .94), la consistencia interna (α de Cronbach = de .81 a .95) y la validez concurrente con otras medidas de trastornos de la imagen corporal (.69 a .83) (Rosen, Reiter y Orosan, 1995, Rosen y Reiter, 1996, Rosen y Ramirez, 1998).

- Escala de Pensamiento Referencial REF de Lenzenweger (1996-97). Adaptación experimental, Universidad de Sevilla. Consta de 34 ítems que miden la frecuencia del pensamiento referencial a través de una escala dicotómica (verdadero/falso) con una consistencia interna que va de .83 a .85, una fiabilidad retest de .86 (4 semanas de intervalo), y con indicadores de validez. Siguiendo las recomendaciones de Lenzenweger *et al.* (1997), entre estos ítems se han enmascarado 9 más pertenecientes a la escala de sinceridad del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI), con objeto de evaluar el grado de sinceridad de las respuestas, ya que el contenido abiertamente psicopatológico de la escala podía elicitar reacciones defensivas o de deseabilidad social entre los participantes.

Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos se realizó mediante los cuestionarios, cumplimentados de forma autoaplicada sin límite de tiempo, de manera individual y en presencia de los investigadores para subsanar cualquier duda que pudiera surgir.

Para llevar a cabo los análisis estadísticos de este trabajo se utilizó el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), en su versión (20.0).

Junto a la batería de instrumentos se acompañaba una hoja informativa del propósito del estudio, de la confidencialidad de los resultados, de la voluntariedad en la participación y el consentimiento informado. Asimismo, también se incluía una hoja para la revocación para aquellos casos que decidieran no proseguir con el estudio.

Los datos fueron tratados con la más absoluta confidencialidad según lo propuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Los datos recogidos fueron identificados mediante un código y sólo el investigador principal y los colaboradores pudieron relacionar dichos datos con los usuarios del cuestionario, por lo que la identidad permaneció en todo momento anónima.

No existió ningún riesgo para el participante, ya que era un estudio meramente descriptivo.

Diseño.

Se trata de un estudio transversal selectivo con técnicas de encuesta en el que las variables claves han sido:

❖ *Las variables dependientes:*

- *Preocupación por la imagen corporal* medida con el cuestionario BDDE. Para el análisis de datos se utilizó la puntuación total.
- *Ideas autorreferenciales*, medidas con el total de la puntuación en la Escala REF.

❖ *Las variables independientes:*

- *Ideas autorreferenciales*, medidas por la puntuación total en la escala REF. Para el análisis fue recodificada en otra variable llamada *refsirefno* con dos valores:

-Valor 0 para los valores de reftotal comprendidos entre 0 y 7, considerado nivel bajo de ideas autorreferenciales.

-Valor 1 para los valores de reftotal comprendidos entre 8 y 29, considerados nivel alto de ideas autorreferenciales.

El mínimo (0) y el máximo (29) de esta recodificación fueron considerados basándonos en el mínimo y el máximo que presentaba la variable reftotal en la muestra. El punto de corte 7 se estableció como criterio clínico en estudios anteriores (Rodríguez-Testal et. al., 2009).

En este estudio descriptivo, se realizaron cálculos de estabilidad de la tendencia central (media aritmética) y de la variabilidad (desviación típica) así como el máximo y el mínimo para las variables cuantitativas. Para las variables dicotómicas se analizaron la frecuencia y el porcentaje de cada categoría.

Con el objetivo de explorar los datos y decidir qué pruebas de contraste utilizar se realizó un análisis descriptivo exploratorio para las variables dependientes cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, que permite contrastar la hipótesis de que dos muestras proceden de la misma población, esto es, nos aporta información sobre la normalidad de la muestra.

Para los análisis de contraste de medias se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, que permite contrastar hipótesis de la significación de diferencias de medias.

Por último se calculó el tamaño de efecto para observar la potencia de la muestra y conocer las garantías que poseemos para rechazar la hipótesis nula.

RESULTADOS

Retomando los objetivos planteados al principio de esta investigación, se pretende demostrar la relación existente entre la preocupación por la imagen corporal y la presencia de ideas de referencia, así como con respecto al género. Por otro lado se pretende analizar la relación existente entre las ideas auto-referenciales y el género.

En el análisis descriptivo de las variables cuantitativas “edad”, “preocupaciones por la imagen corporal” e “ideas de referencia”, obtuvimos los resultados mostrados en la Tabla 1:

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables edad, preocupación por la imagen corporal e ideas de referencia.

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Edad	18	65	37.97	12.70
Preocupaciones por la IC	0	116	31.54	24.09
Ideas de referencia	0	29	5.27	5.29

Como se aprecia en la Tabla 1, la variable “edad” tiene una *media*= 37.97, *dt*= 12.7; la “preocupación por la imagen corporal” presenta una *media*= 31.54, *dt*= 24.09; y las “ideas de referencia”, una *media*= 5.27, *dt*=5.29

Para explorar los datos y decidir qué análisis de los mismos efectuar, realizamos un análisis exploratorio mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables dependientes cuantitativas “preocupación por la imagen corporal” e “ideas de referencia”. (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov

	Preocupación por la Imagen Corporal	Ideas de Referencia
Z de Kolmogorov- Smirnov	1.83	2.97
Sig. Asintót. (bilateral)	.003	.000

Como se puede observar en la Tabla 2, tanto $Z=1.83$, $p=.003$ como $Z=2.97$, $p=.000$ nos indican que no se cumple la normalidad (ya que no superan $p=.05$), por lo que recurrimos a la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para contrastar las hipótesis.

Esperamos encontrar que aquellas personas que tengan puntuaciones más altas en las “preocupaciones por la imagen corporal” sean las que presentan un nivel alto de “ideas de referencia”.

Para contrastar las medias de dos muestras independientes realizamos la prueba U de Mann-Whitney en la que comparamos las medias de la variable dependiente “preocupaciones por la imagen corporal” en los dos grupos creados en cuanto al nivel de presencia de “ideas de referencia” (variable *refsirefno*) con el objetivo de ver si las personas con un nivel alto de ideas de referencia (valor 1 en la variable) son las que tienen mayores preocupaciones por la imagen corporal, obteniendo los resultados que ofrecen las Tablas 3 y 4.

Tabla 3. Resultados de los Rangos promedio de la Preocupación por la IC y las ideas de referencia

	Nivel en Ideas de referencia	N	Rango promedio
Preocupación por la Imagen Corporal	Bajo	220	127.86
	Alto	76	208.24
	Total	296	

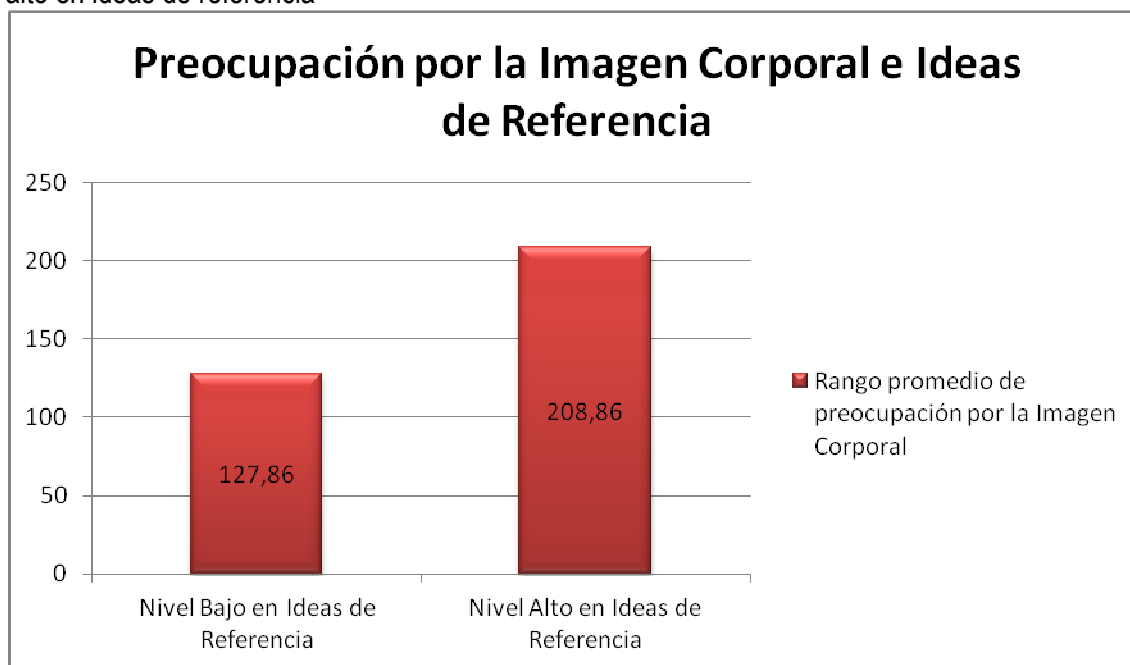
Tabla 4. Estadísticos de contraste

	Preocupación por la Imagen Corporal
U de Mann-Whitney	3819.5
Z	-7.06
Sig. asintót. (bilateral)	.000

Los datos ofrecidos en las Tablas 3 y 4 nos muestran una $U(294)=3819.5$, $p=.000$, *tamaño de efecto*= 0.68, así como unos rangos promedios de preocupación por la imagen corporal, de modo que los sujetos con nivel alto en ideas de referencia mostraron una mayor preocupación por la imagen corporal ($M=208.24$) que los sujetos con nivel bajo de ideas autorreferenciales ($M=127.86$). De este modo, podemos observar que los rangos promedios de las preocupaciones por la imagen corporal son diferentes en función de si los sujetos presentan nivel alto o bajo de ideas autorreferenciales. Tanto $p=.000$, como el *tamaño de efecto*= 0.68 (también llamado *d* de Cohen) nos permiten afirmar que la relación existente entre la “preocupación por la imagen corporal” y las “ideas de referencia” es estadísticamente significativa, separándose las desviaciones típicas de ambos grupos en 0.68 desviaciones. Estos resultados confirman la primera de las hipótesis planteadas, con un tamaño de efecto *medio-alto*.

Para mostrar con claridad la diferencia entre grupos mostramos la siguiente figura basándonos en los datos proporcionados en la Tabla 3. (Ver Figura 2).

Figura 2. Rango promedio de preocupación por la imagen corporal en sujetos con niveles bajo y alto en ideas de referencia



En esta Figura 2 podemos observar la diferencia que hay en las medias de ambos grupos con respecto a las preocupaciones por la imagen corporal.

A continuación se realiza un contraste de medias para dos muestras independientes mediante la prueba U de Mann-Whitney en la que se compara la media de “preocupaciones por la imagen corporal” en hombres y mujeres con el objetivo de ver si se dan en mayor proporción en el género femenino. Los resultados obtenidos se muestran en las Tablas 5 y 6.

Tabla 5. Resultados de los Rangos promedio de la Preocupación por la IC y el Género

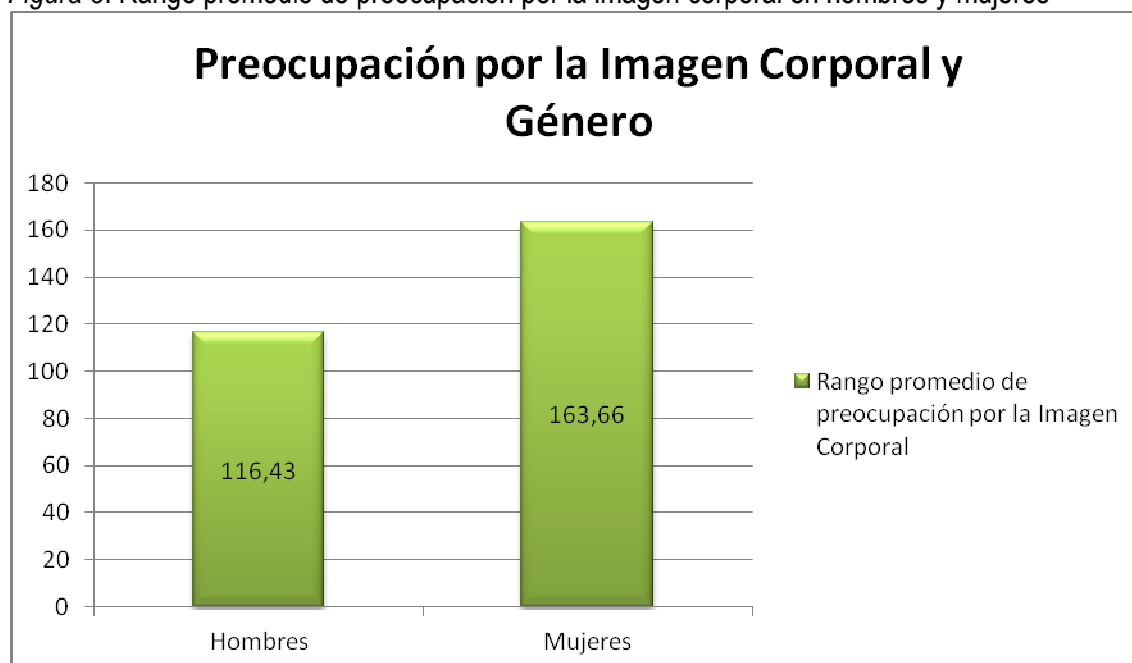
	Género	N	Rango promedio
Preocupación por la Imagen Corporal	Masculino	95	116.43
	Femenino	201	163.66
	Total	296	

Tabla 6. Estadísticos de contraste.

	Preocupación por la Imagen Corporal
U de Mann-Whitney	6501.00
Z	-4.432
Sig. asintót. (bilateral)	.000

Como se puede apreciar, las Tablas 5 y 6 muestran una $U(294)=6501$, $p=.000$, *tamaño de efecto*=0.54, así como el rango promedio de “preocupación por la imagen corporal” en mujeres ($M= 163.66$) y en hombres ($M= 116.43$). Se observa que el género femenino presenta puntuaciones más elevadas en preocupaciones por la imagen corporal que el género masculino. El nivel de significación $p= .000$ nos induce a pensar en una relación significativa entre ambas variables, sin embargo la d de Cohen= 0.54 nos indica que el efecto del género en la preocupación por la imagen corporal es medio, separándose ambos grupos en 0.54 desviaciones típicas. Estos datos nos permiten afirmar que existe relación entre las preocupaciones por la imagen corporal y el género, siendo aquellas mayores en la población femenina. Para mostrar con claridad la diferencia entre grupos se expone la Figura 3, basada en los datos de la Tabla 5.

Figura 3. Rango promedio de preocupación por la imagen corporal en hombres y mujeres



En la Figura 3 se aprecia la diferencia de preocupación por la IC entre ambos grupos.

Para analizar la relación entre las ideas autorreferenciales y el género se llevó a cabo un contraste de medias mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, cuyos resultados se muestran en las Tablas 9 y 10.

Tabla 9. Resultados de los Rangos promedio de las Ideas de Referencia y el Género

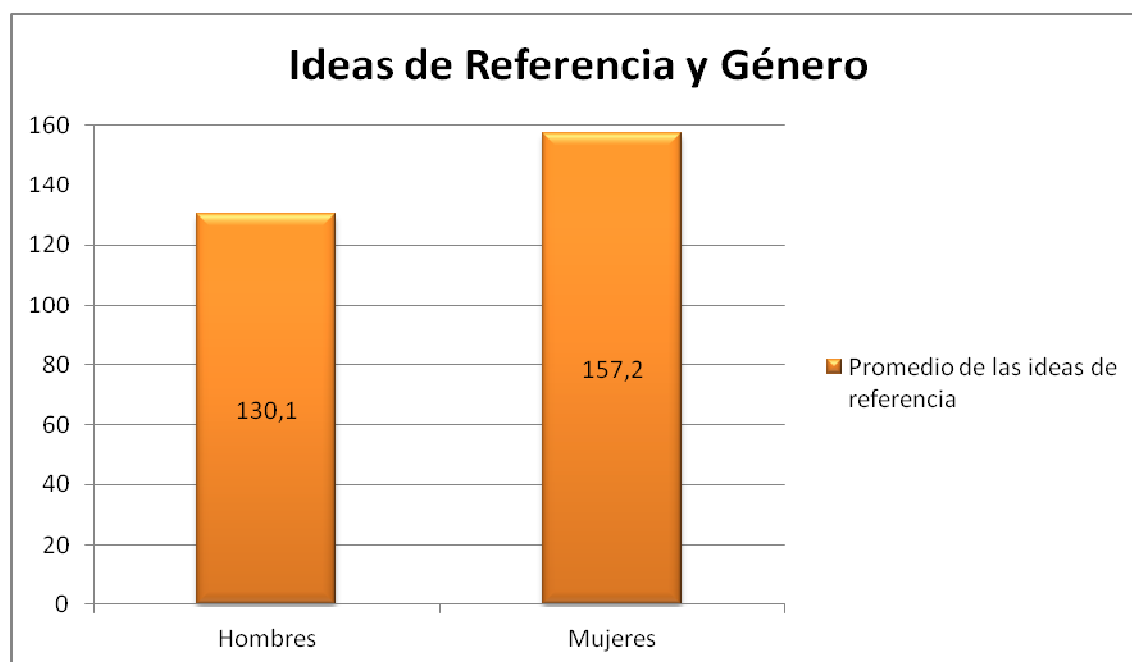
	Género	N	Rango promedio
Ideas De Referencia	Masculino	95	130.1
	Femenino	201	157.2
	Total	296	

Tabla 10. Resultados del Estadístico de contraste.

	Ideas de Referencia
U de Mann-Whitney	7799.5
Z	-2.56
Sig. asintót. (bilateral)	.01

En las Tablas 9 y 10 aparece el estadístico $U(296)=7799.5$, $p=.01$, *tamaño de efecto*=.05, así como los rangos promedios de ideas de referencia en las mujeres ($M= 157.2$) y en los hombres ($M= 130.1$), los cuales nos muestran que existe una relación entre ambas variables, que aunque el nivel de significación de .01 nos indique que sea significativa, el tamaño de efecto con un valor de .05 (muy por debajo del que Cohen considera pequeño: $d= 0.2$) muestra que no es una diferencia tan significativa como en principio parece, sino que la maximización de la diferencia podría deberse al gran tamaño muestral, ya que ambos grupos se separan simplemente en 0.2 desviaciones típicas. En la Figura 5 que aparece a continuación, se aprecia esta falta de diferencia significativa entre ambos grupos

Figura 5. Promedio de ideas auto-referenciales en función del género



A la luz de estos resultados se puede afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre las ideas autorreferenciales y el género, de modo que se da por igual en ambos.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación era explorar la relación existente entre las preocupaciones por la imagen corporal y las ideas autorreferenciales, así como ver cómo se distribuían ambas variables en función del género.

Tal y como esperábamos, y se puede observar en los resultados obtenidos, las preocupaciones por la imagen corporal correlacionan positiva y significativamente con las ideas de referencia confirmándose la primera de las hipótesis planteadas. Esto nos indica que las ideas autorreferenciales (ideas sobrevaloradas) desempeñan un papel importante en el desarrollo de las preocupaciones por la imagen corporal, factor de riesgo para el desarrollo del TDC. Este hallazgo es importante debido a que en la literatura las ideas autorreferenciales se han enmarcado en la esquizotipia, confirmándose ésta como una dimensión de vulnerabilidad para los trastornos del espectro esquizofrénico (Gooding, Tallent y Matts, 2005; en Rodríguez-Testal, et al., 2011). Con este estudio se confirman los resultados de Meyer y Lenzenweger (2009), quienes observaron niveles elevados de pensamiento referencial en trastornos de distintos espectros (ansioso, depresivo, somatomorfo y trastornos de personalidad).

Asimismo, los datos de este trabajo siguen la línea de los encontrados por Raich, (2001) quien sostiene que las creencias y pensamientos que presentan las personas con TDC se han descrito como obsesiones, ideas sobrevaloradas o delirios.

Por otra parte, Thompson (1992, en Rodríguez-Testal, 2013), también sostiene la idea de que las preocupaciones llevan a la persona a centrarse en algún defecto, focalizando su atención por lo que se facilita el camino a la sobrevaloración de las ideas, percepción de que los demás se dan cuenta, lo notan (aumento de la referencialidad). Esta focalización se considera un sesgo atencional específico (Grochowska, Kliem y Heinrichs, 2012; en Rodríguez-Testal, 2013).

Como queda plasmado en estudios anteriores (Rodríguez-Testal, 2013) el pensamiento referencial es muy común entre las personas que padecen TDC (hasta en un 60% de los casos), y la mitad llegan a estar ciertamente convencidos de sus autorreferencias. Además la imagen corporal negativa se caracteriza principalmente por la insatisfacción corporal significativa, la tendencia a la preocupación/sobrevaloración y cambios conductuales. En esa imagen participan procesos que facilitan la distorsión de la imagen corporal y la persistencia de las ideas de referencia, entre otras, y que además suelen intervenir como factores de mantenimiento.

La correlación significativa encontrada en esta investigación entre las preocupaciones por la imagen corporal y el género se manifiesta en la mayor presencia de tales preocupaciones en el género femenino, aunque son también altas en el masculino, lo que permite confirmar la segunda de las hipótesis planteadas. Estos hallazgos afianzan lo encontrado en estudios previos como los de Raich (2001), en los que se afirma que la preocupación por diferentes partes del cuerpo ha ido empeorando a lo largo de los años, especialmente en mujeres, aunque en los hombres también se observa esa progresión. Esta autora afirma que no es extraño que muchas mujeres estén insatisfechas con su peso, ya que el modelo propuesto por los medios de comunicación es mucho más delgado que el normal y que a los chicos, a pesar de que la presión social no es tan importante, también la sociedad les exige tener un determinado físico. En este sentido, Raich (2001) afirma que actualmente hay cada vez más personas que buscan remedios de belleza a fin de mejorar su aspecto, confiando que éste les aportará éxito en sus relaciones y trabajo, y que cada vez más, estas personas son hombres.

Otros estudios también aportan datos sobre diferencias de género en cuanto a las preocupaciones por la imagen corporal (Phillips 2009, en Cash y Smolak, 2011), donde se halla una prevalencia de 2% en mujeres y 1.5% en hombres, y de 1.9% en mujeres y 1.4% en hombres.

Asimismo, las teorías socioculturales defienden que el ideal estético corporal propuesto por la sociedad y vehiculado por los media, es interiorizado por la mayoría de las mujeres de una cultura debido a la elevada dependencia existente entre autoestima y atractivo físico en las mujeres.

Cabe señalar que las creencias acerca de la imagen corporal se forman durante la primera adolescencia, y dada la gran importancia que se atribuye a la apariencia física, y especialmente al peso en nuestra sociedad, no es difícil que las mujeres jóvenes adopten el punto de vista de que todo su valor depende de tener un cuerpo perfecto. En esta línea se encuentran algunos estudios que demuestran mayor vulnerabilidad de las chicas con respecto a los chicos en las interacciones caracterizadas por burlas e insultos (Menzel, Schaefer, Burke, Mayhew, Brannick y Thompson, 2010 en Wilksch y Wade, 2010).

En cuanto a la relación entre las ideas autorreferenciales y el género, los resultados nos permiten afirmar que se confirma la tercera de las hipótesis planteadas, aunque las puntuaciones alcanzadas se distribuyen de forma bastante homogénea tanto en la población femenina como en la masculina. Si bien las diferencias halladas pueden considerarse estadísticamente significativas el tamaño del efecto es bajo por lo que no se trataría de una diferencia tan significativa como en principio pudiera parecer, sino que la maximización de la diferencia podría deberse al gran tamaño muestral. Estos hallazgos permiten afirmar que las preocupaciones por la imagen corporal, así como las ideas autorreferenciales que conlleva, cada vez están más igualadas en cuanto al género.

Finalmente, indicar que los participantes de este estudio, a saber población general no clínica de sujetos de edades comprendidas entre 18 y 65 años y sin estudios universitarios, han alcanzado unos valores medios en preocupaciones por la imagen corporal de 31.54 con una desviación típica de 24.09. Estos datos indican que en la muestra estudiada no es muy acusada la presencia de tales preocupaciones si la comparamos con las medias obtenidas por Rosen y Reiter (1995) (en Raich, 2001) utilizando el mismo instrumento (BDDE) aunque en una muestra de mujeres universitarias sin trastorno de la imagen corporal, donde se aporta una media de 42.2 con una desviación estándar de 24.4.

CONCLUSIONES

Los resultados alcanzados en este estudio permiten establecer las siguientes conclusiones:

- 1) Se ha comprobado que las preocupaciones por la imagen corporal medidas con el BDDE se relacionan positiva y significativamente con las ideas autorreferenciales medidas con la escala REF.
- 2) Las preocupaciones por la imagen correlacionan significativamente con el género, dándose en mayor proporción en la población femenina.
- 3) Por último, las ideas autorreferenciales se distribuyen de manera semejante en cuanto al género.
- 4) A la luz de los datos obtenidos en nuestra investigación se pone de manifiesto que las ideas autorreferenciales, el género y la edad pueden estar en la base de la preocupación por la imagen corporal, hecho que podría abrir paso a futuras investigaciones y tener en cuenta la importancia de estas variables a niveles preventivos y de detección del TDC.

BIBLIOGRAFÍA

- Benítez Hernández, M. Y Rodríguez-Testal, J.F. (2011). Trastornos somatoformes. En J.F. Rodríguez-Testal y P.J.Mesa Cid (coord). *Manual de Psicopatología Clínica*. (pp 77-105). Madrid: Pirámide.
- Cash, T. F., Deagle, E. A. (1997). The Nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Cash, T. F., Pruzinsky, T. (1990) (eds.). *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Cash, T.F., Smolak, L. (2011). *Body Image. A handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press.
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Fernández-Jiménez, E., Rodríguez-Testal, J.F., y Senín-Calderón, M.C. (2011). Multidimensionalidad en la Escala de Pensamiento Referencial (REF): Análisis Factorial Exploratorio. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 07, 61-68.
- Hay, G.G. (1970). *Dysmorphophobia*. British Journal of Psychiatry. 116, 339-406.
- Lenzenweger, M. F., Bennet, M. E., Lilienfeld, L.R. (1997). The Referential Thinking Scale as a Measure of Schizotypy: Scale Development and Initial Construct Validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Meyer, E.C., Lenzenweger, M.F. (2009). The specificity of referential thinking: A comparison of schizotypy and social anxiety. *Psychiatry Research*, 165, 78-87.
- Pardo Merino, A., Ruiz Díaz, M.A. (2002). *Spss 11. Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill
- Phillips, K.A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorders: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of psychiatry*, 150, 302-308.
- Raich, R.M. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez-Testal, J.F., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M.M., Fuentes-Márquez, S., Fernández-Jiménez, E. & Senín-Calderón, M.C. (2009). Stability and Reliability of the Assessment of Referential Thinking by the REF Scale. *World Psychiatry*, 8, (Supp. 1), 297.
- Rodríguez-Testal, J.F. (2013). *Alteraciones de la Imagen Corporal*. Madrid: Síntesis.
- Rosen, J.C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of Bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Washington, DC: Hemisphere.
- Rosen, J.c., Reiter, J., Orosan, P (1995). Assessment of body image in eating disorder with the body dysmorphic disorder. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 63, 263-269.
- Rosen, J.C. y Reiter, J. (1996). "Development of the body dysmorphic disorder examination". *Behaviour Research and Therapy*, 34, 755-766.

- Rosen, J.C. y Ramirez, E. (1998). A comparison of Ealing disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*. 441-449
- Senín-Calderón, M.C, Rodríguez-Testal, J.F., Fernández-Jiménez, E., Valdés-Díaz, M., Benítez-Hernández, M.M. & Fuentes-Márquez, S. (2010). Reliability and validity of the REF Scale for referential thinking. *European Psychiatry*, 25, (supp.1), 758.
- Thompson, J.K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Wilksch, S. M. y Wade, T. D. (2010). Risk factors for clinically significant importance of shape and weight in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 206-215).
- Yaryura, J.A., Neziroglu, F., Pérez Rivera, R., Borda, T. (2003). *Obsesiones corporales*. Buenos aires: Polemos